



Facultad de Psicología
Trabajo Final Integrador

Estudio de la relación entre estilos de comunicación y algunos conceptos teóricos psicoanalíticos.

Tutor: Mag. Mónica E.Hamra
Autor: Nikonorova Oxana

Indice

1. INTRODUCCION	4
2. OBJETIVOS	6
2.1. Objetivos Generales.....	6
2.2. Objetivos específicos.....	6
3. MARCO TEÓRICO.....	7
3.1. Los principios externos de la investigación o la gramática generativa de David Liberman.....	7
3.2. Las reglas de la Semiótica como aspecto de la gramática generativa.	10
3.3. Principios internos o proposiciones teóricas psicoanalíticas.	11
3.3.1. Proposiciones psicoanalíticas generales.....	9
3.3.2. Proposiciones básicas.....	11
3.3.3. Principios accesorios.	14
3.4. Correlación entre los conceptos psicoanalíticos y los conceptos lingüísticos.....	15
4. METODO.....	23
4.1. Tipo de estudio	23
4.2. Participantes	23
4.3. Instrumentos	23
4.4. Procedimiento.....	24
5. DESARROLLO	30
5.1. Introducción.....	25
5.2. Discriminación en transcripciones de fragmentos de sesión psicoanalítica elementos observables del discurso de pacientes (palabras, frases, relatos).	25
5.3. Identificación en los elementos observables del discurso del paciente distintos estilos de comunicación según Liberman	28

5.4. Vinculación de los estilos de comunicación identificados en el discurso del paciente con los conceptos teóricos psicoanalíticos de erogeneidad, defensa y fases del desarrollo evolutivo.	33
6. CONCLUSIONES	40
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	47
8. Anexos.....	45

1. INTRODUCCION

La Residencia se realizó en dos importantes instituciones psicoanalíticas de la República Argentina y se desarrolló dentro de las actividades como ateneos clínicos (en los que los psicoanalistas didactas de ambas instituciones comparten su experiencia y discuten con los colegas en formación temas y casos clínicos), supervisiones individuales (los psicoanalistas didactas comparten parte de sus historiales clínicos en forma individual y se realiza el análisis de los casos clínicos en los que los pacientes presentan diferentes problemáticas), espacios de discusión entre los colegas en formación (ellos realizan exposición de sus trabajos y casos clínicos, los cuales son discutidos luego entre los colegas presentes) y seminarios de formación (son teóricos y de supervisión grupal).

En psicoanálisis los estudios clínicos son utilizados para desarrollar hipótesis teóricas, descubrir configuraciones psicopatológicas, fundamentar propuestas de abordaje psicoterapéutico y evaluar resultados. Estos estudios son blanco de polémicas en torno a cuestiones metodológicas y epistemológicas usadas para validar el psicoanálisis como disciplina empírica. En una disciplina empírica se requiere la especificación de dos tipos de principios: los principios internos o postulados teóricos del psicoanálisis y los principios externos o principios puente (reglas de correspondencia). Estos últimos indican el modo como se relacionan o corresponden los principios psicoanalíticos (internos) con los fenómenos observables (empíricos) para que la teoría psicoanalítica pueda explicar, predecir o retrodecir (Hempel, 1979b; Popper, 1985).

El psicoanálisis investiga los fenómenos (manifestaciones clínicas, discurso del paciente) a través de la escucha analítica. Se trata de fenómenos que escapan a la metodología de otras disciplinas y constituyen la denominada clínica psicoanalítica.

La intención de plantear este proyecto nació al entrar en contacto con el material clínico de sesiones analíticas en las que las interpretaciones se manifestaban como una intervención sumamente importante para la eficacia del tratamiento. Entonces surgió la necesidad de estudiar una manera de formular estas interpretaciones de un modo más preciso y objetivo.

Este trabajo pretende mostrar los aspectos básicos para encontrar las evidencias y comprobar la eficacia de las investigaciones psicoanalíticas.

Se abre así la posibilidad de considerar el psicoanálisis como ciencia empírica y no como un mero conjunto de conocimientos metafísicos.

En la práctica clínica los estilos de comportamiento comunicativo del paciente tienen un estilo correspondiente en la técnica interpretativa, que es aquel que provee al analizando de matrices de la “lengua” que él necesita para ir generando en el diálogo analítico frases con más y más sentido si el análisis progresa.

El estilo complementario tiende a producirse si el analista tiene un nivel de empatía óptimo con su paciente. Estudiar la complementariedad ayuda a adquirir esta empatía.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivos Generales

Analizar datos observables en el discurso de pacientes (palabras, frases, relatos) y vincular los resultados del análisis con conceptos teóricos psicoanalíticos (erogeneidad, defensa, fases del desarrollo evolutivo) (Maldavsky, 2013).

2.2. Objetivos específicos

- a. Discriminar en transcripciones de fragmentos de sesión psicoanalítica elementos observables del discurso de pacientes (palabras, frases, relatos).
- b. Identificar en los elementos observables del discurso del paciente distintos estilos de comunicación según Liberman.
- c. Vincular los estilos de comunicación identificados en el discurso del paciente con los conceptos teóricos psicoanalíticos de erogeneidad, defensa y fases del desarrollo evolutivo.

3. MARCO TEÓRICO

En el marco del Trabajo Integrador Final se pretende aplicar el denominado Algoritmo David Liberman – ADL (Maldavsky, 2001, 2013) que postula que existe una correlación directamente proporcional entre las estructuras intrapersonales de comunicación, formuladas en términos de teorías psicoanalíticas (preconsciente) y algunas estructuras lingüísticas (estilos). Los primeros corresponden a los principios internos arriba mencionados y los últimos a los principios externos.

El Algoritmo David Liberman ha sido diseñado para investigar el discurso desde la perspectiva psicoanalítica freudiana. Pretende detectar las erogeneidades y las defensas expresadas en tres niveles del lenguaje: palabra, frase y relato (Maldavsky, 2004). Las erogeneidades que puede detectar el ADL son: oral primaria, oral secundaria, anal primaria, anal secundaria, fállico uretral y fállico genital. En cuanto a las defensas, se puede distinguir entre algunas que son centrales: represión, desmentida, desestimación de la realidad y de la instancia paterna, desestimación del afecto, sublimación, creatividad (como en los chistes). De este conjunto nos interesan sobre todo las cuatro primeras que tienen que ver con las condiciones patológicas. A este grupo de defensas centrales se agrega otro conjunto de defensas que son complementarias: identificación, proyección, anulación y aislamiento.

Este conjunto de erogeneidades y defensas constituye un sistema categorial que se pretende operacionalizar para poder investigar con él las manifestaciones discursivas.

3.1. Los principios externos de la investigación o la gramática generativa de David Liberman.

Winograd y Issaharoff (2011) mencionan algunas de las ideas de Chomsky con las cuales Liberman hizo integración. Escribe Winograd (2011):

Una de ellas es la noción de que el lenguaje es un producto psicológico, un producto de la mente. Chomsky es un innatista, a diferencia de Saussure, para el cual el lenguaje es un producto cultural, un producto de la comunidad. Pero esto le

servió a Liberman para decir que si es un producto inconsciente, entonces muchos conflictos inconscientes, que a Chomsky no le interesan pero a los psicoanalistas sí, podrían expresarse en ciertas regularidades o instrumentaciones de conceptos lingüísticos. (p. 104)

La noción de gramática generativa (estructura profunda que genera el lenguaje) concibe el lenguaje como producto de transformaciones y estas estructuras lingüísticas le posibilitan a Liberman correlacionarlas con la noción psicoanalítica de preconsciente. Winograd y Issaharoff (2011) afirman:

Liberman toma la idea de que el lenguaje es un producto de reglas transformacionales que implican pasos de estructuras profundas (Chomsky habla de estructuras profundas y de estructuras superficiales del lenguaje) y conjetura que si las expresiones lingüísticas son productos transformacionales, podrían también correlacionarse con las estructuras psicopatológicas. (p. 197)

Esto es lo que se puede ver en los ejemplos clínicos. Issaharoff (2011) dice que Liberman adoptó ideas de Chomsky que le sirvieron para correlacionar la clínica (observable) con la teoría. Señala que poseer características lógico-matemáticas posibilita la construcción de lenguajes artificiales, pero también pueden ser utilizadas para la investigación psicológica mediante la implementación de instrumentos que seleccionan los conceptos psicoanalíticos en las manifestaciones verbales (palabras, frases, relato) y aplican recursos estadísticos para arribar a resultados que pueden ser sometidos a un análisis para evaluar el alcance de las ideas de Liberman.

Según Liberman (1983) una gramática generativa es un sistema de reglas que en forma explícita y bien definida asigna una descripción estructural a las oraciones de una lengua. Cuando dicho autor adjudica estilos a la transcripción del discurso del paciente lo hace según las reglas de una gramática generativa.

Liberman (1983) considera a la sesión psicoanalítica como la única manera de investigar en psicoanálisis. Para este autor hay dos modos de encarar esta investigación:

- a. La investigación del inconsciente del analizando involucrando a dos personas –paciente y analista - realizando un diálogo en un contexto determinado;
- b. Investigación de la transcripción de la sesión psicoanalítica para posibilitar la validación de la labor que cada uno de los participantes ha realizado en la sesión.

En este trabajo se trata de explicar el segundo aspecto de esta investigación. La transcripción de la sesión psicoanalítica es un texto al que se aplican los conocimientos contenidos en el concepto de estilo de la lingüística general para correlacionarlos con las hipótesis psicoanalíticas sobre el estilo.

Las recomendaciones técnicas interpretativas clásicas en psicoanálisis suelen contemplar cuatro aspectos, en relación a las interpretaciones: forma, contenido, cantidad y oportunidad de las intervenciones. Durante el trabajo de investigación del inconsciente del analizando no es fácil ni aconsejable sujetarse a la aplicación disciplinada de los cuatro aspectos so pena de no captar de modo satisfactorio los contenidos inconscientes de la comunicación del paciente (Etchegoyen, 1986; Greenson, 1976; Menninger, Holzman, 1979). El despliegue de subjetividades de los miembros de la situación analítica complejiza una investigación empírica.

Klimovsky (1986) señala que en la interpretación psicoanalítica se superponen tres fenómenos que coexisten. El primero es del orden gnoseológico en el cual la interpretación es un acto de conocimiento: es una afirmación que el analista hace con el material ofrecido por el paciente, con el propósito de describirlo o explicarlo. El segundo es del tipo semiótico, desarrollado por David Liberman y el tercero, instrumental, en el que el contenido manifiesto es la condición necesaria y el contenido latente es la condición suficiente. Esto quiere decir que si B está presente en el inconsciente, entonces tiene que ocurrir A en la conducta.

La transcripción de las sesiones es la forma objetiva de someter su contenido a una investigación empírica. Los cuatro aspectos que se recomiendan para implementar en la labor interpretativa se reestructuran en el contexto de un intercambio de estilos complementarios mientras el psicoanalista, por un lado, actúa (usa la lengua en una situación concreta espontánea) y, por el otro, usa su competencia lingüística (conocimiento de las reglas gramaticales). Esta última le permite suministrar las estructuras verbales que faltan o están disimuladas en el discurso del analizando.

3.2. Las reglas de la Semiótica como aspecto de la gramática generativa.

Se puede utilizar una lógica para analizar el material clínico transcrito de cada sesión (Lieberman, 1983). La Semiótica le proporciona la posibilidad de instrumentar las señales y los mensajes, encontrados en el material de análisis según tres campos: campo sintáctico, campo pragmático y campo semántico.

Lieberman (1983) observó que los pacientes presentaban problemas de comunicación individualizados en alteraciones en los tres campos mencionados. Estas alteraciones se manifiestan en la sesión analítica mediante modos estereotipados de comunicación que fueron denominados de estilos de comunicación.

El valor de adscribir características de “estilos” reside en que permite construir hipótesis psicoanalíticas cuyo punto de partida se apoya en este aspecto específico del psicoanálisis, constituido por la modalidad en que interactúan ambos participantes a lo largo del proceso psicoanalítico.

Cuando, en un estilo, se destaca la relación del emisor con el mensaje que emite, tiene lugar el fenómeno que pertenece a un aspecto de la comunicación humana denominado área pragmática. En este caso el mensaje está destinado a alcanzar ciertos objetivos bien precisos. El estilo del área pragmática es denominado de estilo *épico* porque el emisor es una persona de acción, que posee determinados intereses que transforman las emisiones en mensajes destinados a manejar al receptor para determinados fines o bien impedir que sea manejado por el receptor para sus propios fines (personas impulsivas, actuadoras, psicopáticas).

Cuando lo emitido evidencia un predominio de elementos que relacionan significante y significado, el estilo se ubica dentro del área semántica. Hay dos estilos que se ubican en esta área (Lieberman, 1975).

- a. El que revela al emisor como un *observador no participante*, o más precisamente, una persona reflexiva que busca incógnitas sin crear suspenso. Corresponde a las personas esquizoides.
- b. El que evidencia manifestaciones de características predominantemente afectivas o emocionales, opuestas al carácter reflexivo del emisor del estilo observador no participante. Por estas características se denomina emisor *lírico* (depresiones, manías, hipomanías).

Si lo que aparece en el discurso del paciente es el modo de organizar las emisiones verbales, el estilo se procesa en el área sintáctica. Hay tres estilos dentro del área sintáctica:

- c. *Estilo narrativo*: tendencia a aislar lo que ocurre en el interior del emisor al respecto de la relación emisor-receptor, o de lo que el emisor imagina que ocurra en el receptor. Cuando fracasa este propósito el emisor (paciente) utiliza la anulación para establecer una delimitación rígida en los sistemas de comunicación (formaciones obsesivas).
- d. *Estilo dramático con suspenso*: los mensajes transcurren sincrónicamente de tal modo que sólo se perturba esta sincronización cuando aparece la angustia (fobias).
- e. *Estilo demostrativo que provoca impacto estético*: la sincronización entre los mensajes verbales y no verbales sólo se perturba por la aparición de una conversión somática (histerias).

3.3. Principios internos o proposiciones teóricas psicoanalíticas.

3.3.1. Proposiciones psicoanalíticas generales.

El psicoanálisis teórico fue denominado metapsicología. “(...) cuando consigamos describir un proceso psíquico en sus aspectos *dinámicos, tópicos y económicos* eso se llama una exposición *metapsicológica*. Cabe predecir que, dado el estado actual de nuestros conocimientos, lo conseguiremos sólo en unos pocos lugares” (Freud, 1915, p.178). Esta posee tres grandes puntos de vista: tópico, dinámico y económico.

El punto de vista *económico* refiere a las cantidades de energía distribuídas dentro de el aparato psíquico; el *tópico* a su división en capas o sistemas y el *dinámico* a los juegos de fuerzas entre los distintos componentes de dicho aparato, cuyas resultantes serán los comportamientos manifiestos (Paz, 1973).

Son de suma importancia para esta investigación los conceptos sistemáticos de inconsciente y preconscious.

El concepto de inconsciente abarca la definición del psicoanálisis como estudio de fenómenos que escapan de la metodología de las ciencias naturales.

Los contenidos del sistema inconsciente sólo se tornan pasibles de investigar en la medida que se transfieren al sistema preconscious.

Por este motivo es importante detenerse en el concepto de sistema preconscious. Preconscious es un sistema definido por Freud para designar un sistema del aparato psíquico intermedio entre los otros dos sistemas – inconsciente y consciente. Con este término Freud (1915) quiso designar un área no consciente del psiquismo humano que debe diferenciarse en sentido estricto del sistema inconsciente:

(...) según nos revela la investigación psicoanalítica, una parte de tales procesos latentes posee características y particularidades que nos parecen extraños, increíbles y totalmente opuestos a las cualidades por nosotros conocidos de la conciencia. [...] Podemos, pues, decir, sintetizando, que el sistema inconsciente continúa en ramificaciones, siendo accesible a las influencias de la vida, influyendo constantemente sobre el preconscious y hallándose, por su parte, sometido a las influencias de éste”. “El estudio de las ramificaciones del sistema inconsciente defraudará nuestras esperanzas de una separación esquemáticamente precisa entre los dos sistemas psíquicos”. (p. 190)

El preconscious tiene un proceso de constitución que comienza con los inicios del desarrollo del yo y culmina en la vida adulta. Este proceso de constitución determina una estructura del preconscious que posee rasgos diferenciales para cada erogeneidad: un tipo específico de fantasía en su fundamento, ciertos recursos expresivos que incluyen el empleo de palabras, frases, relatos, etc. La estructura del preconscious es una consecuencia del proceso de una específica transformación de cada erogeneidad. A su vez, de esta constitución derivan las manifestaciones discursivas (Maldavsky, 2013).

David Maldavsky, discípulo de David Liberman, estudiando las pautas estilísticas, dedujo, a partir de las conclusiones freudianas, que los estilos del preconscious son transformaciones de las fantasías primordiales. “Las fantasías originarias más importantes son: vuelta a la vida intrauterina, seducción, escena primaria y castración. Estas fantasías originales son estructurantes de la fantasía preconscious, de la personalidad y del sujeto, en la medida en que constituyen el complejo de Edipo desde el punto de vista psicoanalítico” (Maldavsky, 1991, p. 94).

Los estudios de Maldavsky presentan una versión de la aplicación lingüística de Liberman y pretenden demostrar las transformaciones que experimenta cada una de las fantasías primordiales para formar cada una de las estructuras clínicas.

Resumiendo se puede decir que la erogeneidad se expresa en el lenguaje que es el contenido del sistema preconscious. Aparecen en las redes de palabras las estructuras-frase y las secuencias narrativas que emite el paciente.

3.3.2. Propositiones básicas.

Las principales proposiciones psicoanalíticas utilizadas para relacionar con los modelos de comunicación (estilos) son erogeneidad, defensa y fases del desarrollo evolutivo.

Según el diccionario de Laplanche y Pontalis (1996) la erogeneidad es la capacidad que posee toda región corporal de constituirse como fuente de excitación sexual, es decir, de comportarse como zona erógena.

Freud (1914) dice: “Llamemos a la actividad por la cual un lugar del cuerpo envía a la vida anímica estímulos de la excitación sexual, su *erogeneidad*; (...) algunos otros lugares del cuerpo – las zonas *erógenas* –podrían subrogar a los genitales y comportarse de manera análoga a ellos.” (p.81). Freud (1914) dice que la excitabilidad no es exclusiva de una determinada zona erógena en la que se manifiesta de un modo más evidente, sino una propiedad general de toda la superficie cutáneo-mucosa, e incluso de los órganos internos. Pero algunas zonas como oral, anal y genital parecen predestinadas a esta función. Estas zonas en el origen del desarrollo psicosexual del individuo constituyen los puntos de elección de los intercambios con el ambiente a través de la demanda hacia la madre, al mismo tiempo que solicitan, por parte de ella, la máxima atención, cuidados y, por consiguiente, excitaciones.

Defensa es la reacción que ocurre siempre que hay un incremento pulsional. El displacer (estado que ocurre cuando no se da la satisfacción de la pulsión sexual) hace que se generen reacciones que determinan fijaciones (libido estancada, sobreinvertidura de ciertas zonas erógenas). Ante los conflictos psíquicos hay una regresión determinada – manera de satisfacción libidinal. Freud (1915) supone que siempre hay una relación implícita de objeto en cada punto de fijación.

El tema de las fijaciones en el proceso tiene que ver con las fases evolutivas propuestas por Karl Abraham (Abraham, 1924): oral, anal, fálico-genital, genital, con la psicopatología concomitante, propuesta por Fenichel (Fenichel, 1974).

Liberman (1983), usando el esquema del desarrollo evolutivo, establece diferentes funciones yoicas propias de cada fase de la evolución sexual:

a) Fase *oral primaria (preambivalente)*: la función yoica propia de esta etapa es la percepción global, sin participación afectiva, para captar totalidades.

En el nivel primario de esa fase la libido infantil está ligada al acto de succionar. Este acto es uno de incorporación, pero que no pone fin a la existencia del objeto. El niño todavía no puede distinguir entre su propio yo y el objeto externo. Ego y objeto son conceptos incompatibles con ese nivel del desarrollo. Todavía no se ha hecho ninguna diferenciación entre el niño que mama y la madre que amamanta. Además, el niño no tiene todavía sentimientos de odio y amor. Por consiguiente, su estado mental en esta fase está libre de toda manifestación de ambivalencia (Abraham, 1980, p. 343)

b) Fase *oral secundaria*: la función yoica propia de esta etapa es la percepción de detalles, con participación afectiva, en donde alguno de estos detalles es selectivamente privilegiado.

El nivel secundario de esta fase difiere del primero en que el niño cambia su actividad de succión por otra de morder. El morder representa la forma original que asumen los impulsos sádicos. Indudablemente, los dientes son los primeros instrumentos con los que el niño puede dañar al mundo exterior. Pues ya son eficaces en una época en que las manos pueden a lo sumo auxiliar la actividad de aquellos asiendo y reteniendo al objeto. No hay duda de que en los niños más pequeños, los músculos más poderosos son los de las mandíbulas. Y, además, los dientes son los únicos órganos suficientemente duros como para herir los objetos circundantes.

En la etapa del morder de la fase oral, el individuo incorpora al objeto, y así lo destruye. Solo tenemos que observar a los niños para ver que intenso es el impulso a morder, un impulso en el que todavía cooperan el instinto de nutrición y la libido. Esta es la etapa en la que predominan los impulsos canibalísticos. Tan pronto como el niño se siente atraído por un objeto, es probable, e inclusive inevitable, que intente su destrucción. Es en esta etapa cuando la actitud ambivalente del ego hacia su objeto comienza a desarrollarse. Podemos decir, por lo tanto, que en el desarrollo libidinal del

niño la segunda etapa de la fase oral-sádica señala el comienzo de su conflicto ambivalente; mientras que la primera (succión) debe ser considerada todavía como preambivalente (Abraham, 1980, p.343-344)

- c) Fase *anal primaria (expulsiva)*: la función yoica propia de esta etapa es la respuesta inmediata a la decodificación de un mensaje. Esta respuesta sirve como paragolpe a una supuesta seducción o agresión secreta.
- d) Fase *anal secundaria (retentiva)*: la función yoica propia de esta etapa es la aplicación de un sistema coherente de valores preestablecidos (prejuicios) para buscar apoyo a hipótesis para defenderse del caos si se cambia de esquema.

La experiencia psicoanalítica ha demostrado, sin dejar lugar a dudas que, en la etapa media de su desarrollo libidinal, el individuo considera a la persona que es el objeto de su deseo como algo sobre lo que ejercen un derecho de propiedad y que en consecuencia trata a esa persona del mismo modo como a su primera propiedad privada, es decir, el contenido de su cuerpo, sus heces. Mientras que en el nivel genital el “amor” significa la transferencia de los sentimientos positivos hacia el objeto e involucra una adaptación psicosexual a ese objeto, en el nivel inferior significa que se trata al objeto como si perteneciera al individuo. Y puesto que en este nivel inferior existe todavía en toda su fuerza la ambivalencia emocional, aquel expresa su actitud positiva hacia su objeto en la forma de una *retención* de su propiedad, y su actitud negativa en la forma de un *rechazo* a ella (Abraham, 1980).

El autor afirma que “(...) esa etapa incluye dos niveles distintos. En el superior predominan las tendencias conservadoras de retención y control del objeto, mientras que en el más temprano ocupan el primer plano las hostiles hacia el objeto, que se proponen destruirlo y perderlo” (Abraham, 1980, p. 329).

- e) Fase *fálico-uretral*: la función yoica propia de esta etapa es la interferencia de cualquier posibilidad de las anteriores (evitación), motivada por la angustia.
- f) Fase *fálico-genital*: la función yoica propia de esta etapa implica impacto estético por la súbita aparición de la coherencia con que el interlocutor piensa, gesticula y se expresa.

g) *Combinación instrumental* de estas seis posibilidades.

El grado de patología, la gravedad del caso clínico es directamente proporcional al predominio de la fijación a una de las seis fases.

En a) y en b) se presentan las manifestaciones del área semántica, c corresponde al área pragmática y d), e) y f) corresponden al área sintáctica.

A la fase g) le corresponde el funcionamiento del *yo idealmente plástico*.

Liberman (1983) utiliza la noción psicoanalítica del Yo que él denominó *Yo idealmente plástico*. Según él un Yo idealmente plástico tiene que poseer:

1) la capacidad de disociarse, observar sin participar y así percibir totalidades con los detalles distinguibles dentro de dichas totalidades (percepción microscópica: el Yo se achica y el objeto se agranda);

2) la capacidad de acercar la función perceptual al objeto y ver un detalle haciendo abstracción de la totalidad, pero sin confundir la parte con el todo;

3) la capacidad de captar los deseos propios y llevarlos a la acción en tanto existe la posibilidad de satisfacer dicha necesidad, y para ello tomar una decisión luego de haber calibrado el equilibrio entre necesidad y posibilidad;

4) la capacidad de adaptarse a las circunstancias, al tipo de vínculo, ya sea en el sentido vertical (abuelos, padres, hijos), o en el sentido horizontal (grados de intimidad); la capacidad de utilizar el pensamiento como acción de ensayo, y también la capacidad para estar solo;

5) la capacidad de tener un monto de ansiedad útil preparatoria para llevar a cabo una acción, una vez establecido el vínculo, tomada la decisión y observadas las circunstancias, todo lo cual permite tener 6) las optimas posibilidades para enviar el mensaje en el cual la acción, la idea y la expresión del afecto se combinan adecuadamente.

3.3.3. Principios accesorios.

Las proposiciones accesorios utilizadas en este trabajo son: concepto de Yo y pulsión.

Según el Diccionario Freudiano de Valls (1995) el Yo es una instancia, institución y estructura psíquica unificadora y totalizadora del aparato psíquico. Freud la describió a lo largo de su obra de diferentes maneras, atendiendo tanto a los múltiples aspectos que posee como a las diversas perspectivas desde las cuales puede ser vista.

Freud (1916) describe al Yo como una organización compleja: “ (...) nos procuramos una primera intelección de la fábrica de las fuerzas del alma. Las neurosis de transferencia nos ofrecieron el material más favorable para ello. Pero el yo, las diversas organizaciones que lo componen, la manera en que están edificadas y su modo de funcionamiento siguieron ocultos para nosotros [...]” (p. 380).

Diez años después Freud (1926) escribe que el yo es una organización, se basa en el libre comercio y en la posibilidad de influjo recíproco entre todos sus componentes; su energía desexualizada revela todavía su origen en su aspiración a la ligazón y la unificación.

Según el Diccionario Freudiano (Valls, 1995) la pulsión es estímulo psíquico proveniente del interior del propio cuerpo del sujeto, en éste parte de las necesidades corporales se producen constantemente, y sólo periódicamente, después de superar un determinado umbral, penetran en el aparato psíquico, donde al tener los primeros niveles de ligadura con las representaciones, toman estrictamente el nombre de pulsión. Momento en el que dejan de ser exclusivamente un estímulo biológico para adquirir las características psíquicas que le otorga la representación.

Por “pulsión” podemos entender al comienzo nada más que la agencia representante psíquica de una fuente de estímulos intrasomática en continuo fluir; ello a diferencia del “estímulo”, que es producido por excitaciones singulares provenientes de afuera. Así, “pulsión” es uno de los conceptos del deslinde de lo anímico respecto de lo corporal. La hipótesis más simple y obvia acerca de la naturaleza de las pulsiones sería esta: en sí no poseen cualidad alguna, sino que han de considerarse solo como una medida de exigencia de trabajo para la vida anímica (Freud, 1905).

3.4. Correlación entre los conceptos psicoanalíticos y los conceptos lingüísticos.

En cada estructura clínica (neurosis obsesiva, paranoia, esquizofrenia, histeria de conversión) prevalece una fijación erógena y un conjunto específico de defensas (con el predominio de alguna de ellas), con lo cual se hace posible detectar en el discurso ciertos rasgos que sean testimonio de ambos (erogeneidad y conjunto de defensas).

Las diferentes funciones yojicas propias de cada fase de evolución psicosexual del individuo se corresponden con determinada forma de expresarse, propia de cada paciente.

Cada fase propuesta por Abraham (1924) y Fenichel (1974) se corresponde con un estilo descrito por Liberman (1983).

La fase *oral primaria* se caracteriza por el uso del *estilo reflexivo*. Son personas observadoras no participantes, tienen fijaciones en la fase oral pasiva de succión. Cuando este estilo funciona operativamente, posee la capacidad de distanciarse, de observar a distancia sin participar y tienen una visión macroscópica de las cosas. Se comunican fríamente, sin emociones, despertando una sensación fría en el interlocutor. Como mecanismos de defensa predominan la disociación, idealización y negación.

La fase *oral secundaria* se caracteriza por el uso del *estilo lírico*. Son personas depresivas, melancólicas y ciclotímicas, fijadas en la fase oral secundaria, activa canibalística. Cuando funcionan operativamente tienen una visión microscópica, empatía con el otro. Sus defensas psíquicas predominantes son la idealización, la negación, la disociación y las defensas maníacas. Su discurso suele estar cargado de afectos de amor y odio. Despiertan en el interlocutor emociones intensas de bronca, amor, odio.

La fase *anal primaria* se caracteriza por el uso del *estilo épico*. Son personas de acción fijadas en la fase anal expulsiva. Su defensa psíquica principal es el control omnipotente. Captan muy bien la voluntad del otro. A nivel comunicacional utilizan bien la semántica y la sintaxis pero usan la pragmática para inducir al otro cuando logra captar su atención. Cuando funcionan operativamente tienen muchas posibilidades de liderazgo.

La fase *anal secundaria* se caracteriza por el uso del *estilo narrativo*. Son personas lógicas, fijadas en la fase anal retentiva. Sus defensas predominantes son el control, la

racionalización, la formación reactiva, el aislamiento y la anulación. Las defensas están destinadas a controlar la agresión. Lo desordenado es percibido como agresivo. En la emisión de mensajes suelen hablar mucho y despiertan en el interlocutor una sensación de aburrimiento. Cuando funcionan operativamente dominan el pensamiento reflexivo y el control de los impulsos.

La fase *fálico-uretral* se caracteriza por el uso del *estilo suspenso*. Son personas atemorizadas y huidizas de carácter fóbico, fijadas en la fase fálica uretral. Las defensas principales son la evitación, el control, el desplazamiento y la inhibición. En su forma de comunicarse y en el discurso hay mucho suspenso. El discurso puede ser ordenado meticulosamente pero puede cambiarse y desordenarse de repente debido al uso de la defensa la evitación. Cuando el estilo funciona operativamente la ansiedad moviliza a la acción.

La fase *fálico-genital* se caracteriza por el uso del *estilo poético*. Son personas demostrativas, fijadas en la fase fálico-genital. Su mecanismo defensivo principal es la represión. En su discurso dominan muy bien los tres aspectos de la comunicación: la semántica, la sintaxis y la pragmática, lo que les permite crear un clima de impacto y seducción. Cuando el estilo funciona operativamente se integra armoniosamente el pensamiento, las emociones y la conducta.

Cuando hay una combinación instrumental de todas las funciones correspondiente a las diferentes fases se dice que hay un *Yo idealmente plástico*, o sea, que puede regular adecuadamente las acciones por la percepción de los estímulos para lograr una satisfacción ideal que obedece a los requisitos teóricos de una salud psíquica plena.

También se puede expresar la correlación entre las fases del desarrollo libidinal y los estilos describiendo seis tipos de personas que se caracterizan por el predominio de alguna de las seis funciones del Yo sobre las restantes. La clasificación es siguiente:

a. *El paciente reflexivo* que busca incógnitas y no crea suspenso.

Es la persona observadora y no participante, el esquizoide de la psicopatología clásica. Tiene desarrollada en alto grado la capacidad de disociación que le permite observar sin participar, es decir sin afecto y objetivamente, en una especie de

percepción microscópica, “porque el yo se achica y los objetos se agrandan” (Lieberman, 1976).

Este tipo de paciente siempre se está planteando incógnitas, los grandes problemas filosóficos de la vida, por ejemplo qué es la verdad, qué es la inteligencia, qué es la justicia, o también el origen del mundo o de la vida. Para él, analizarse es, justamente, encontrar respuesta a esas cuestiones a partir de una incógnita central: qué es el análisis; pero lo hace en forma fría, como observando desde afuera. Estos pacientes sobrevaloran el pensar (Etchegoyen, 2002).

El estilo reflexivo tiende a despertar en el interlocutor los sentimientos de incertidumbre, desconfianza y desapego.

b. El paciente lírico

Este tipo de paciente corresponde al cicloide de la psicopatología clásica. Son los pacientes que presentan dificultades en la comunicación porque no tienen control de sus emociones, son los pacientes «impacientes» que nunca terminan de comunicar algo. Es que la impaciencia se ve invadida por el aspecto oral canibalístico. Son personas que, cuando hablan, dicen la mitad y “se comen” el resto, porque no tienen una demarcación entre el pensamiento verbal hablado y el pensamiento verbal pensado.

El paciente se oye a sí mismo y el impacto de lo que va diciendo hace que se coma sus palabras.

El paciente con estilo lírico transmite alto componente emocional. Mientras que la temática del estilo reflexivo gira sobre todo alrededor del conocimiento, en este caso los temas aluden a los sentimientos: el amor, la culpa y la necesidad de ser perdonado. También estos pacientes buscan la fusión pero no con un ente abstracto como los anteriores sino con el ser amado, cuyo amor se desea poseer eternamente.

El estilo lírico se caracteriza por una profusa inclusión de calificadores del estado de ánimo en el área sintáctica y por la tendencia pragmática a provocar fuertes respuestas afectivas en el usuario (Etchegoyen, 2002).

c. El paciente épico

El estilo épico es el que corresponde a la persona de acción. Es el paciente que actúa, un pensamiento que no ha llegado a ser tal y se exterioriza mediante una acción; el contenido latente de la actuación es una frase que el sujeto no ha llegado a estructurar.

Estos pacientes concurren al análisis con una segunda intención, que por supuesto ocultan conscientemente al analista, y en esto radica, su principal característica.

El paciente con estilo épico es el que demuestra más convincentemente el desarreglo en la relación del signo con el intérprete, esto es, la pragmática. La perturbación pragmática supone una marcada distorsión en el uso de los signos. El mensaje verbal no sirve al intercambio comunicativo sino que es un medio para influir secretamente sobre la voluntad del otro. El arte de la psicopatía consiste en la inoculación (Zac, 1973).

“Los pacientes con distorsión pragmática presentan una particular dificultad para ser abordados psicoanalíticamente, como consecuencia de perturbaciones tempranas que conspiran contra la necesidad de adquirir nuevas formas de codificación en el curso del ciclo vital” (Lieberman 1983, p.197).

Lieberman considera que la tendencia a la actuación tiene una de sus raíces en el segundo año de la vida, cuando el niño se enfrenta con el aprendizaje de la marcha y el lenguaje, junto con el dominio esfinteriano. En el segundo año de la vida, cuando el niño empieza a hablarle a su madre desde lejos, esta no le responde con palabras sino con gestos. Algo falla en estas madres, incapaces de pensar en función de la necesidad del niño. Mientras el niño no habla no hay problemas, pueden atenderlo sin dificultad. Pero cuando el niño crece, se aleja y habla, la madre responde con acciones y gestos. El niño se ve obligado a perfeccionar sus técnicas de acción.

Son los pacientes que más problemas traen con el dinero y tienden a manejar al analista con el pago (Etchegoyen, 2002).

d. El paciente narrativo

El paciente con estilo narrativo corresponde a lo que con el enfoque comunicacional se describe como persona lógica, es decir la neurosis obsesiva de la psicopatología. En estos pacientes, la lógica formal se erige en el instrumento más idóneo para contrarrestar la lógica de las emociones, que el analista pretende alcanzar con sus interpretaciones. Presentan la hipertrofia defensiva de las operaciones lógicas.

El paciente con estilo narrativo se preocupa más por la forma en que debe entender y debe hablar que por el contenido de lo que dice o escucha. Al cuidado excesivo en el vocabulario corresponde un temor subyacente a equivocarse, a entender mal o ser mal entendido, que hunde sus raíces en la omnipotencia del pensamiento y la palabra (Lieberman, 1983).

Son pacientes que hacen crónicas organizadas en el tiempo y en el espacio, ordenan su discurso aclarando continuamente a qué se están refiriendo. Es característico de este estilo que el mensaje tienda a concentrarse en el contexto y en la función referencial:

Dicha función siempre remite al terapeuta a que se ubique en un contexto determinado al cual el paciente trata de conducirlo utilizando las características de la narración, para controlar los procesos mentales del receptor, fijando la mente de este en un mundo conocido por el paciente en el cual los datos son ordenados de una manera exclusiva por este. (Lieberman, 1983, p.238)

El estilo narrativo corresponde a un sujeto que, en un momento determinado de su desarrollo, sufre una socialización precoz. El sujeto llega a ser un niño ordenado y obediente, que se sobreadapta. Hace los mandados para la madre y los deberes para la maestra, es siempre un buen alumno y buen compañero. El estilo narrativo constituye la expresión empírica de los típicos mecanismos de defensa de la neurosis obsesiva: formación reactiva, anulación y aislamiento. Como ha dicho Rosen (1967) el control anal retentivo permite mantener la secuencia de un relato y cuando falla, el discurso “se ensucia”.

e. El paciente dramático que crea suspenso

El estilo de la personalidad atemorizada y huidiza es el suspenso, que se caracteriza por el clima de asombro, miedo y búsqueda. El discurso muestra la típica evitación fóbica a nivel de palabras y giros verbales sin perder su coherencia y su orden. A veces el discurso principal se interrumpe y, al modo del “aparte” en la técnica teatral, se intercala una secuencia independiente, luego de lo cual se vuelve al tema central.

El estilo de suspenso muestra una clara oposición entre el lenguaje verbal, por un lado, y el no verbal, por el otro. El registro no verbal es revelador, el que muestra las actitudes reales del paciente, mientras que el registro verbal tiende a ocultarlas. Esta

discordancia marca un engaño, pero mientras en el estilo épico el engaño tiene al otro por destinatario (y víctima), aquí el engañado es el propio emisor.

La temática de este estilo gira siempre alrededor del riesgo, la aventura y el descubrimiento, opuestos a la rutina, el conformismo y la tranquilidad. Aparecen con frecuencia la competencia entre personas del mismo sexo por un objeto de amor heterosexual. Estas y otras emociones afloran claramente en el discurso, matizadas con las técnicas fóbicas de acercamiento y alejamiento, que describió Mom (1956) y que circunscriben, a veces, un polo atractivo y peligroso y otro tranquilizador pero aburrido.

Lo más característico de este estilo, como indica su nombre, es el intento de crear suspenso en el receptor, a quien siempre se le adjudica un papel de observador no participante (Etchegoyen, 2002).

f. El paciente dramático que crea un impacto estético

El paciente con estilo dramático que crea impacto estético es la persona demostrativa que corresponde a la historia de la clínica psiquiátrica. En estos pacientes se puede apreciar “ (...) una óptima sincronización de los códigos verbal, paraverbal y no verbal para transmitir un mensaje” (Lieberman, 1976, p. 275).

Como en el estilo anterior, el espacio, el tiempo, los objetos y los personajes aparecen claramente delimitados; pero la diferencia estriba en que aquí no hay cambios bruscos en las secuencias discursivas, ni se intenta crear la atmósfera de suspenso, “ (...) sino que se busca un óptimo grado de redundancia, sea porque los tres códigos transmiten isomórficamente el mismo mensaje, o bien porque se articulan complementariamente con este mismo objetivo” (Lieberman, 1976, p. 276).

Este tipo de paciente procura crear en el receptor un impacto estético. Se deleita al emitir las señales y al recibirlas. Hay una especie de placer funcional que coincide con temas agradables de frecuente contenido erótico, con muchos elementos de belleza y fascinación (Lieberman, 1976).

Los pacientes de este estilo son los que más provocan en el analista un sentimiento de comodidad y agrado. Si el analista queda fascinado por los recursos del paciente, la sesión se va a convertir en una especie de espectáculo. El sentimiento de vergüenza y de fealdad, el temor al ridículo son rasgos reconocidamente histéricos derivados de la pulsión exhibicionista, que están en la raíz del estilo estético (Etchegoyen, 2002).

La observación de las sesiones transcritas le permitió a David Liberman darse cuenta de que el proceso terapéutico avanzaba cuando el analista agregaba los elementos faltantes del discurso del paciente en sus intervenciones. Son los casos considerados habitualmente como resultado de respuestas de personas que tienen mejores disposiciones a colaborar que eran descriptas como alianza terapéutica. Denominó a este tipo de intervención *complementariedad estilística* del analista.

Los estilos nunca se dan en estado puro: se mezclan, se superponen y también se contraponen. Si una persona tiene de base un estilo reflexivo y trata de solucionar su aislamiento emocional y su incomunicación empleando técnicas histéricas, será entonces un histérico torpe, nunca un histérico elegante. Del mismo modo un paciente que tiene una estructura básicamente obsesiva y, por tanto, estilo narrativo, apela a las técnicas de la histeria. El elemento histérico le da a la técnica narrativa más plasticidad. (Etchegoyen, 2002, p. 506)

“De esta forma, el estilo nunca es simple: se le agregan otros registros que, si bien lo complican y le hacen perder su nitidez, también lo enriquecen y lo diversifican” (Etchegoyen, 2002, p 507).

La idea principal de toda la reflexión libermiana es que los estilos no sólo se superponen sino que también se complementan, que cada estilo tiene otro que le es complementario.

“Debemos comprender que complementariedad significa las diferencias de los papeles y características de los mensajes, y que contrasta con la interacción simétrica, donde las similitudes predominan” (Liberman, 1978, p.132).

Si el analista razona o discute con su paciente obsesivo establece una interacción simétrica; si puede recurrir al estilo épico al interpretarle, podrá alcanzar la complementariedad, dándole al paciente lo que le falta. Liberman (1978) afirma que los cambios del analizando durante el proceso psicoanalítico depende del grado en que se ajuste la organización verbal de la interpretación a las condiciones receptoras del paciente y, por lo consiguiente, cuanto mayor es el grado de adecuación entre la estructura de la frase que formula la interpretación y el estado del paciente cuando la recibe, tanto menor será la distorsión. El significado de este ajuste es la complementariedad estilística. La interpretación debe ofrecer al paciente los modelos del pensamiento verbal que no pudo construir en su desarrollo.

Liberman (1983) estableció las siguientes normas de complementariedad estilística:

- a) para *el paciente reflexivo que busca incógnitas y no crea suspenso* prescribe el estilo complementario que corresponde al del *paciente dramático que crea un impacto estético* (utilización instrumental de los componentes del estilo dramático).
- b) para *el paciente lirico* prescribe el estilo complementario que corresponde al del *paciente narrativo* (utilización instrumental de frases con categorías lógicas que preceden a la interpretación, en donde de alguna manera aparece rescatada la identidad del terapeuta).
- c) para *el paciente narrativo* prescribe el estilo complementario que corresponde al del *paciente épico* (utilización instrumental del lenguaje de acción).
- d) para *el paciente dramático que crea suspenso* prescribe el estilo complementario que corresponde al del *paciente reflexivo que busca incógnitas y no crea suspenso* (utilización instrumental de la esquizoidía).
- e) para el *paciente dramático que crea un impacto estético* prescribe el estilo complementario que corresponde al del *paciente reflexivo que busca incógnitas y no crea suspenso* (utilización instrumental de la esquizoidía).

4. METODO

El TFI se realizó sobre el material tipo cualitativo acopiado a partir de las actividades realizadas en las instituciones donde se desarrollaron las pasantías. Tal material se obtuvo del trabajo dentro del marco de las supervisiones grupales e individuales con los analistas didactas de dichas instituciones.

4.1. Tipo de estudio

Se trata de un estudio descriptivo. Se realizó un estudio de fragmentos de sesiones del material clínico con el que fue realizado el trabajo en las supervisiones.

4.2. Participantes

El trabajo se llevó a cabo con tres fragmentos de sesiones de los pacientes presentados por los analistas didactas pertenecientes a las instituciones psicoanalíticas donde se realizaron las pasantías.

4.3 Instrumentos

Para obtener el material clínico en forma de fragmentos de sesiones transcriptas se realizó la observación no participante.

Como instrumento de análisis de datos se utilizó el Algoritmo David Liberman (ADL) de análisis del discurso.

Un algoritmo es un conjunto de instrucciones que tienen un carácter acotado y ordenado que lleva a realizar una secuencia de pasos para resolver un problema. El ADL fue creado y después aplicado para investigar el discurso a partir de la perspectiva psicoanalítica freudiana y tiene como objetivo detectar las erogeneidades (postulados teóricos) y las defensas expresadas por medio del lenguaje (registro

objetivo del discurso). Los niveles de lenguaje aparecen para análisis como palabra, frase y relato (Maldavsky, 2013).

Las pulsiones que se trabajan en el método son las mismas que Freud postuló en su obra sobre el desarrollo de la libido: Pulsión Oral Primaria, Pulsión Sádico Oral Secundaria, Pulsión Sádico Anal Primaria, Pulsión Sádico Anal Secundaria, Pulsión Fálico Uretral y Pulsión Fálico Genital.

El método distingue algunas defensas que son centrales: la represión, la negación, desestimación de la realidad y de la instancia paterna, desestimación del afecto, la sublimación y creatividad. Además de estas defensas centrales, hay otro grupo denominado de defensas complementarias como la identificación, la proyección, la anulación y la negación, entre otras.

Con el estudio de los relatos de paciente es posible detectar las fijaciones pulsionales e investigar las características de las estructuras psicopatológicas.

En cuanto al orden de los pasos de la investigación, se empieza por la detección de la erogeneidad y luego se procede al estudio de la defensa. Para detectar la erogeneidad se realiza el análisis del relato y luego el análisis de las palabras. El análisis de la erogeneidad termina con el estudio de las estructuras-frase y una revisión del conjunto de los resultados. A partir de este punto se pasa al análisis de las defensas. Se comienza por considerar las posiciones en el relato y luego el material se estudia en el nivel de las palabras y sobre todo de las frases.

En el contexto de aplicación, como el que se da en una situación concreta de trabajo clínico, es posible saltar muchos de estos pasos. Entonces se puede recurrir más bien a la abducción y detectar simultáneamente una erogeneidad y una defensa al estudiar un breve y significativo fragmento de sesión (Maldavsky, 2013).

4.4. Procedimiento

En el formato de las supervisiones grupales realizadas en las instituciones psicoanalíticas donde se realizaron las pasantías se pudo observar el trabajo de los profesionales que supervisaban el material clínico de los pacientes presentado por los colegas en formación de las mismas instituciones. El material se trabajó a partir de las lecturas de las sesiones transcritas. Cada fragmento de las sesiones fue comentado y

analizado por los analistas didactas. No se proporcionaron otros datos sobre los pacientes que no fuesen las sesiones transcritas.

A continuación se realizó el análisis de los datos en forma individual que dio el origen a las ideas expresadas e investigadas en este trabajo.

En las transcripciones de las sesiones fueron discriminados los elementos del discurso en tres niveles: palabra, frase, relato. Luego se fue trabajando con el material clínico con el objetivo de identificar los estilos correspondientes a cada paciente.

Los elementos constituyentes de cada estilo identificado fueron relacionados con los conceptos teóricos psicoanalíticos y se procedió a interpretar los resultados del análisis.

5. DESARROLLO

5.1. Introducción

Conviene aclarar, en primer lugar, que la personalidad del paciente no se reduce a una única organización, como neurosis obsesiva, histeria o depresión. Así no posee una sola defensa ni un único conflicto. Lo que efectivamente hay es una articulación compleja entre defensas y estilos que pueden mantener entre sí un nexo más o menos armónico, más o menos conflictivo, lo cual depende además de la diversidad de los conflictos con el mundo. En cada estilo predomina una defensa, es decir, una forma de tramitar los conflictos entre deseos y realidad. Entre estas organizaciones o estilos suele ocurrir que una se vuelva dominante y las demás entren en diferentes relaciones con ésta como complemento, contradicción, subordinación, etc., lo que permite la manifestación de múltiples componentes psíquicos y matices en un conjunto complejo y heterogéneo.

Los estilos nunca se dan en estado puro: se mezclan, se superponen y también se contraponen. De esta forma, el estilo nunca es simple: se le agregan otros registros que, si bien lo complican y le hacen perder su nitidez, también lo enriquecen y lo diversifican (Etchegoyen, 2002).

Lo que este trabajo muestra es el estilo predominante en un conjunto de sesiones que el ejemplo elegido para cada paciente ilustra, aunque extraído de una sesión.

5.2. Discriminación en transcripciones de fragmentos de sesión psicoanalítica elementos observables del discurso de pacientes (palabras, frases, relatos).

Las palabras constituyen unidades mínimas de significación en el lenguaje, y con ellas se construyen los relatos en los que un hablante narra determinados hechos o describe determinados estados afectivos.

Paciente L.

En el análisis del fragmento del discurso de la paciente L en el nivel de palabra se puede discriminar las siguientes unidades que se repiten reiteradas veces: *normal, pensando, mierda, pienso, regalo, olor, crema, razón.*

En el nivel de frase se puede identificar las siguientes unidades: *ir o no ir, viajamos no viajamos, qué mierda que soy, me sorprende qué mierda que soy, cómo se puede fabricar semejante mierda, lo abrí, corté y pensé: cuánta plata pagaron por esta torta!*

En el nivel de relato se pueden identificar las siguientes unidades (donde aparece la referencia al ordenamiento y corrección en el discurso que refleja corrección y ordenamiento de su comportamiento): *...Los malos recuerdos del domingo pasado no me dieron la seguridad para ir a algún lado y la panza molestaba, y esto, y quinto y décimo, y no me decidí ir a ningún lado. Fui a lo de P, a lo de ellos, almorzamos, vimos la tele, como siempre. Todo como siempre, y el día era lindo...pero no me sentía segura para ir a algún lado, no sé, la panza molestaba. [...] ... No sé. Normal. Parece que esta semana mejor. Algo así pero ayer otra vez, no fuimos a ningún lado, yo estaba pensando y pensando ir o no ir... Hoy estaba viniendo y pensaba: la única seguridad es el camino al trabajo, ya viajo tan tranquila, no me molesta.. .como y que...es un camino tan conocido porque ya sé que puedo bajar acá o acá, pero para ir a algún otro lugar ya es...cuestión problemática, no sé. [...]...El sábado nadie de gente, más irritación todavía, me empezó a molestar que tengo una psicosis masiva. Vino el marido de una clienta y me trajo una torta, como regalo. Ellos me prometieron el sábado pasado, no sé cómo fue la conversación, te vamos a traer, hay una panadería muy buena. Bueno. El marido vino a retirar a compostura, me trajo la torta, unos dos kilos. Tenía olor tan bueno....yo cuando la abrí en casa...a mí me gustan mucho los dulces....yo la abrí en casa...la probé y pensé: Qué desagradable que soy! Qué difícil que es satisfacerme! Me sorprende a mí misma esto. Tan desagradable soy. Mierda, en pleno sentido de la*

palabra. Qué mierda que soy. Gente...agradecida...me trajo la torta...y otra vez no me agradaron. (Anexo 1)

Paciente A.

En el nivel de palabra se puede discriminar las siguientes unidades que se repiten reiteradas veces: *amor, desconforme, respeto, maldito, estúpida, inútil, fracasada, desprevenida, aterrorizada, pánico, sentimiento.*

En el nivel de frase se puede discriminar las siguientes unidades: *estoy terriblemente desconforme conmigo misma, no hago nada y por eso no estoy contenta, siento una terrible falta de amor por mí misma, no me respeto, me siento una estúpida, inútil, fracasada, yo aterrorizada, entro en pánico, también me puso mal, un sentimiento muy desagradable, callejón sin salida.*

En el nivel de relato se puede identificar las siguientes unidades (unidades en las que aparecen manifestaciones de los sentimientos, afectos, auto reproches, mención de obligaciones, mención de pérdida de sentido): *...Hola. Me siento mal últimamente. Estoy terriblemente desconforme conmigo misma. [...]...No, justamente no. Y eso me disgusta terriblemente. No es que es un estado poco común, justamente es un estado muy común para mí y eso me abruma más todavía. Como que es el estado de antes pero más desagradable, con algo de asco, qué sé yo... no hago nada y por eso no estoy contenta. Siento una terrible falta de amor por mí misma y no me respeto por eso. [...]...Estoy pensando todo el tiempo sobre esto, no me deja estar en paz. Estoy como poseída por esa idea de que hay que rendir el examen, si no lo hago estaría mal. Trato de encontrar una solución y no puedo. Tengo la sensación de que no voy a poder y estoy dudando todo el tiempo: Si tiene sentido poner tanto esfuerzo en escribir ese trabajo y que después resulte al pedo. Al mismo tiempo no puedo dejar esa idea de rendirlo. [...]...No sé qué me está pasando, como que todo el resto de las cosas perdió el sentido. Es un callejón sin salida, quiero liberarme de eso y vivir tranquila, parece que me trabé en el camino y no puedo seguir adelante. (Anexo 3)*

Paciente S.

En el nivel de palabra se puede identificar las siguientes unidades que se repiten reiteradas veces: *cósmico, decodificarlo, concepto, impasse, transformarlo, incorrecto, imposible.*

En el nivel de frase se puede identificar las siguientes unidades: *nivel cósmico de comodidad, no es tan fácil decodificar este concepto, incorrespondencia de una sensación previa, como si quisieras vivir una vida y no podés entrar en ella, sensación de una impasse vital, mi risa se transformó en llanto, uno está relacionado con el amor y la ternura hacia el prójimo.*

En el nivel de relato se puede identificar las siguientes unidades (unidades de análisis en las que aparecen descripciones de sentimientos y afectos, conceptos abstractos): *...Ese es el tema, que no es tan fácil decodificarlo este concepto...de despersonalización...es un nivel cósmico de incomodidad...un conflicto terrible de incorrespondencia de una sensación previa, de una intención y de algo que sucede en el desarrollo del proceso y en el resto del sabor que te queda después de todo esto...es como si quisieras vivir una vida pero no podés entrar en ella... porque como resultado tenés un efecto emocional totalmente distinto.[...]...No sé...El problema es que en realidad sé, nacen ciertas palabras pero ni siquiera las puedo pronunciar...porque me parece que no son palabras correctas, al decir verdad hay una adentro que quiere salir...llama la atención que es una palabra inútil...aunque no describa mucho. Es como otra mitad que se rebela contra uno, que dice que la única virtud que tiene esta persona – es la seguridad, otras no hay. (Anexo 3)*

5.3. Identificación en los elementos observables del discurso del paciente de distintos estilos de comunicación según Liberman

Paciente L: estilo narrativo.

El análisis de los elementos que se observan en el discurso de la paciente L permite ubicarla dentro del estilo narrativo.

El paciente con estilo narrativo corresponde a lo que en el enfoque comunicacional se describe como persona lógica, es decir la neurosis obsesiva de la psicopatología. En estos pacientes, la lógica formal se erige en el instrumento más idóneo para

contrarrestar la lógica de las emociones, que el analista pretende alcanzar con sus interpretaciones. La hipertrofia defensiva de las operaciones lógicas supone un amplio predominio del proceso secundario, donde los rendimientos de la fantasía inconsciente tienden a quedar anulados por completo. (Etchegoyen, 2002, p.478)

El paciente con estilo narrativo se preocupa más por la forma en que debe entender y debe hablar que por el contenido de lo que dice o escucha. Al cuidado excesivo en el vocabulario corresponde un temor subyacente a equivocarse, a entender mal o ser mal entendido. (Lieberman, 1983, p.265)

“Son pacientes que hacen crónicas organizadas en el tiempo y en el espacio. Ordenan su discurso y lo encabezan por un “le voy a contar” (Etchegoyen, 2002, p.478). L organiza su relato cuidando las secuencias de los hechos, explicando con detalles qué cosa sucedió primero y qué pasó después. El relato se parece a una crónica muy ordenada temporalmente ... *tengo una amiga en Brasil y me contó que fue a comer un strudel con capuccino, en Rio de Janeiro. Vive en Emirates, no vive, trabaja, le dieron vacaciones, fue a Brasil. Me mandó una foto, se me salió la saliva: quiero strudel. Quiero strudel. Donde se consigue un strudel? El lunes pasado pasó, llego al kiosco de él y le digo: bueno, voy a almorzar y quiero un strudel. Él me dice: te doy la plata, andá y compráte uno. ... Dónde se puede comprar: pensaba pensaba, no hay tiempo, hay que ir a trabajar, vengo del psicólogo, y un chico conocido me dice: hay una panadería, venden churros... le digo: no, no es este strudel que venden ahí, necesito largo, cortado, no es esto. Tiempo no había, comí, llegué al trabajo, otra vez: quiero strudel, mando un mensaje a Pedro: quiero strudel. Él me dice: dónde se puede comprar un strudel? Ya lo cansé en casa. Y dónde se lo puede comprar? Le digo: hay una panadería cerca de tu trabajo, ahí hacen pasteles, puede ser que lo tienen. Callado, no me escribe nada. Yo pienso: bueno, ya quiero almorzar otra vez, ya quiero merendar algo, bueno, pienso: voy a esperar un poco más; si no viene. Pienso: qué raro, si no me respondió nada, capaz que fue a buscar un strudel para mí. Vino.* (Anexo 1)

“El paciente con estilo narrativo aclara continuamente a qué se está refiriendo” (Lieberman, 1983, p.265). Como ha dicho Rosen (1967): “(...) el control anal retentivo permite mantener la secuencia de un relato y cuando falla, el discurso “se ensucia”” (p.

25). Este cambio en el discurso se puede observar en el siguiente fragmento del discurso de L... *Vino el marido de una clienta y me trajo una torta, como regalo. Ellos me prometieron el sábado pasado, no sé cómo fue la conversación, te vamos a traer, hay una panadería muy buena. Bueno. El marido vino a retirar a compostura, me trajo la torta, unos dos kilos. Tenía olor tan bueno....yo cuando lo abrí en casa...a mí me gustan mucho los dulces....yo lo abrí en casa...lo probé y pienso: Qué desagradable que soy! Qué difícil que es satisfacerme! Me sorprende a mí misma esto. Tan desagradable soy. Mierda, en pleno sentido de la palabra. Qué mierda que soy.* (Anexo 1).

La paciente utiliza un lenguaje compatible con el estilo narrativo, tratando de demostrar que es sumamente ordenada, virtuosa, controlada pero también, con las oposiciones, resulta evidente que está evitando ser justamente lo contrario (desordenada, viciosa, descontrolada) que en este caso correspondería a un tipo de organización semántica del estilo épico (placer en hacer sufrir su desorden, sus vicios, su descontrol). Según Liberman (1983) el estilo épico es un estilo complementario que debe usar analista con los pacientes con el estilo narrativo.

Paciente A: estilo lírico.

El análisis de los elementos que se observan en el discurso de la paciente A permite ubicarla dentro del estilo lírico.

Mientras que la temática del estilo reflexivo gira sobre todo alrededor del conocimiento, en el caso de los pacientes con estilo lírico los temas aluden a los sentimientos: el amor, la culpa y la necesidad de ser perdonado. Estos pacientes buscan la fusión pero no con un ente abstracto como los pacientes con el estilo reflexivo sino con el ser amado, cuyo amor se desea poseer eternamente.

El estilo lírico se caracteriza por una profusa inclusión de calificadores del estado de ánimo en el área sintáctica y por la tendencia pragmática a provocar fuertes respuestas afectivas en el usuario (Etchegoyen, 2002).

La expresión clara de afectos manifestados en el discurso se puede ver en las frases cuando A declara...*me disgusta terriblemente* o cuando califica un estado de desagradable, también en la expresión ...*por eso no estoy contenta.*

Se puede ver dificultades en la comunicación por no tener control de sus emociones...A: *Qué pensás sobre este sueño?* P: *Ahora sigo teniendo un sentimiento desagradable que me quedó de este sueño. Pienso que esto tiene que ver de alguna forma con mi estado y mis preocupaciones. Con desaprobando el examen. Pensé que iba a escribir este trabajo, iba a rendirlo y que iba a estar todo bien, pero como que se dio todo de forma inesperada para mí, como en el sueño: vino alguien, dijo que algo estaba mal y desaprobé.* (Anexo 2). En este fragmento se ve que la paciente en vez de reflexionar y contestar a la pregunta del analista qué es lo que piensa sigue contando qué es lo que siente, describiendo su estado emocional.

La paciente no narra (a diferencia con el estilo narrativo) sino que manifiesta en su relato los estados afectivos, sin presentar la secuencia de un pensamiento con los elementos simples de la lógica formal: como se originaron los sentimientos, a partir de que hechos, como siguieron desarrollándose hasta llegar a su estado actual de exceso afectivo.

Etchegoyen (2002) señala que el estilo lírico se caracteriza por una profusa inclusión de calificadores de un estado de ánimo en el área sintáctica.

La paciente se queja constantemente y presenta los siguientes calificadores de ánimo...*me siento mal, ...terriblemente disconforme, ...me disgusta terriblemente, ...me abrumba más todavía, ...más desagradable, ...no estoy contenta, ...me siento una estúpida, inútil, fracasada.* (Anexo 2)

Según Liberman (1983) el estilo complementario que debería usar el analista con los pacientes con el estilo lírico es el estilo narrativo.

Paciente S: estilo reflexivo.

El análisis de los elementos que se observan en el discurso de la paciente S permite ubicarla dentro de estilo reflexivo que busca incógnitas y no crea suspenso.

“El estilo reflexivo se caracteriza por el alto grado de generalidad de las emisiones” (Liberman, 1976, p.47). En las unidades del discurso se puede ver múltiples descripciones abstractas de los sentimientos y afectos que al no poder ser darles la forma de vivencia la paciente procede a la descripción de las mismas. En vez de decir “sentí el amor y la ternura” los describe como si fuesen conceptos de alto nivel de abstracción: *...Entiendo que hay como dos principios adentro...Uno está relacionado*

con el amor y la ternura hacia el prójimo y el otro con la absoluta desesperación... (Anexo 3). Lo mismo ocurre con los sentimientos de terror y desesperación: dichos sentimientos se describen como pertenecientes a un área solamente cognitiva, observando la paciente los hechos desde afuera y reflexionando fríamente sobre ellos...y *el otro con la absoluta desesperación...probablemente mi terror, mi tensión tienen que ver que en esa desesperación...es tan terrible me parece a mí que me cuesta aceptarlo. Por eso se bloquea tanto como algo inaceptable, incorrecto e imposible como sentimiento* (Anexo 3).

“Para él, analizarse es, justamente, encontrar respuesta a esas cuestiones a partir de una incógnita central: qué es el análisis; pero lo hace en forma fría, como observando desde afuera” (Etchegoyen, 2002, p.581).

Los sentimientos en vez de ser vividos se evalúan desde la perspectiva de lo correcto e incorrecto, aceptable o inaceptable, posible o imposible como sentimiento, negando así en un nivel más profundo la existencia de ellos. La persona queda excluida de lo que siente, queda solamente el aspecto cognitivo... *Es notable que cuando yo me concentro en mis sensaciones...la persona se excluye absolutamente de esas sensaciones y también su personalidad.* (Anexo 3)

“Este tipo de paciente siempre se está planteando incógnitas, los grandes problemas filosóficos de la vida, por ejemplo qué es la verdad, qué es la inteligencia, qué es la justicia, o también el origen del mundo o de la vida” (Etchegoyen, 2002, p.581). Para S todo es cuestión de razonar y llevarlo al campo de reflexiones de índole filosófico. Hasta las relaciones humanas más cercanas están consideradas desde este punto de vista...*La seguridad consiste en que esta persona es inofensiva, que no puede haber ninguna agresión hacia mí. Últimamente estoy pensando mucho sobre la historia de nuestras relaciones al principio...hubo un episodio cuando después de uno de nuestros primeros encuentros...yo me dije que estaba maravilloso que, en realidad, que la realidad me mostraba que yo no tenía ningún sentimiento hacia esta persona, que era un peluche. No se puede sentir atracción por un hombre que es un ser peluche...* (Anexo 3).

Es la persona observadora y no participante, el esquizoide de la psicopatología clásica. Tiene desarrollada en alto grado la capacidad de disociación que le permite observar sin participar, es decir sin afecto y objetivamente, en una especie de

percepción microscópica porque el yo se achica y los objetos se agrandan. (Lieberman, 1976, p.37)

Según Lieberman (1983) el estilo complementario que debe usar analista con los pacientes del estilo reflexivo es el estilo dramático que crea un impacto estético.

5.4. Vinculación de los estilos de comunicación identificados en el discurso del paciente con los conceptos teóricos psicoanalíticos de erogeneidad, defensa y fases del desarrollo evolutivo.

Paciente L, estilo narrativo

El control que trata de ejercer en el discurso la paciente L con el estilo identificado como narrativo se corresponde teóricamente al control que la criatura realiza, en determinada etapa del desarrollo evolutivo (fase anal retentiva) sobre la materia fecal. Esto demuestra una erogeneidad anal retentiva con la utilización del control y el aislamiento como defensas principales que consisten en anular entre sí las ideas opuestas y ejercer el control sobre esta operación de naturaleza sádica. Ella se manifiesta como una persona equilibrada, ordenada, virtuosa que sería una formación reactiva contra comportamientos opuestos.

(...) esa etapa incluye dos niveles distintos. En el superior predominan las tendencias conservadoras de retención y control del objeto, mientras que en el más temprano ocupan el primer plano las hostiles hacia el objeto, que se proponen destruirlo y perderlo. (Abraham, 1980, p.329)

“El estilo narrativo constituye la expresión empírica de los típicos mecanismos de defensa de la neurosis obsesiva: formación reactiva, anulación y aislamiento” (Etchegoyen, 2002).

En los datos observables del discurso de la paciente Lucía se puede discriminar las oposiciones entre pensar ordenadamente y pensar desordenadamente: ... *Me mandó una foto, se me salió la saliva: quiero strudel. Quiero strudel. Donde se consigue un strudel? El lunes pasado pasó, llego al kiosco de él y le digo: bueno, voy a almorzar y quiero un strudel. Él me dice: te doy la plata, anda y compráte uno. Todo fácil para él: doy plata, anda comprar. Solo ir – difícil. Donde se puede comprar: pensaba-pensaba, no hay tiempo, hay que ir a trabajar, vengo del psicólogo, y un chico conocido me dice:*

hay una panadería, venden churros... le digo: no, no es este strudel que venden ahí, necesito largo, cortado, no es esto. Tiempo no había, comí, llegué al trabajo, otra vez: quiero strudel, mando un mensaje a P: quiero strudel. Él me dice: donde se puede comprar un strudel? Ya lo cansé en casa. Y donde se lo puede comprar? Le digo: hay una panadería cerca de tu trabajo, ahí hacen pasteles, puede ser que lo tienen. Callado, no me escribe nada. Yo pienso: bueno, ya quiero almorzar otra vez, ya quiero merendar algo, bueno, pienso: voy a esperar un poco más; si no viene. Pienso: qué raro, si no me respondió nada, capaz que fue a buscar un strudel para mí. Vino. Dios mío! Mi compró una porción de strudel... con helado, yo tenía razón, ellos los tenían así como yo quería, calentito. Me senté y digo: oy, oy... que rico que está! Era fantástico! Me sorprendí. Me agradó. El nunca sale después del trabajo. Pero salió y me encontró una porción de strudel lujosa. Increíble. Me satisfice. Casi me salió una lágrima. No puede ser. La primera vez en mi vida.... (Anexo 1). En este fragmento del discurso se ve que la paciente cuida de narrar con muchos detalles la secuencia de los hechos, ordena con mucho cuidado las frases y las palabras.

Otra oposición que se puede discriminar en el discurso es satisfacerse o no satisfacerse: *...Pienso: por qué no viajé a casa? No se vende nada, gente no hay, esto me irrita... terrible. La semana mala, fea, todo esto me pone nerviosa. Pienso: por eso querías ir a casa, a Brasil o sea no hay ninguna ganancia...y.... perdí el momento, habría que haber pedido. Es mi no decisión, indecisión, viajamos no viajamos, no sé qué hacer vemos, me jode. El sábado nadie de gente, más irritación todavía, me empezó a molestar que tengo una psicosis masiva. Vino el marido de una clienta y me trajo una torta, como regalo. Ellos me prometieron el sábado pasado, no sé cómo fue la conversación, te vamos a traer, hay una panadería muy buena. Bueno. El marido vino a retirar a compostura, me trajo la torta, unos dos kilos. Tenía olor tan bueno...yo cuando lo abrí en casa...a mí me gustan mucho los dulces...yo lo abrí en casa...lo probé y pienso: Que desagradable que soy! Que difícil que es satisfacerme! Me sorprende a mí misma esto. Tan desagradable soy. Mierda, en pleno sentido de la palabra. Que mierda que soy. Gente...agradecida...me trajo la torta...y otra vez no me agradaron (Anexo 1). Esta última oposición tiene relación con la oposición entre dos deseos: de hacer algo o no hacer algo, ir a algún lado o no ir, viajar o no viajar.*

En términos psicoanalíticos estas oposiciones se correlacionan con la oposición de retener o expulsar la materia fecal. Es una defensa propia para la fase sádico-anal secundaria o anal retentiva, cuando el sujeto adquiere la capacidad de retener materia

fecal a la ya preexistente capacidad expulsiva. La zona erógena involucrada en esta fase del desarrollo evolutivo es anal.

El control que la paciente trata de ejercer en el discurso (ser o no ser desordenada) se corresponde teóricamente al control que la criatura realiza, en determinada etapa del desarrollo evolutivo (fase anal retentiva), sobre la materia fecal. Esto demuestra una erogeneidad anal retentiva con la utilización del control y el aislamiento como defensas principales que consisten en anular entre sí las ideas opuestas y ejercer el control sobre esta operación de naturaleza sádica. Ella se manifiesta como una persona equilibrada, ordenada, virtuosa que sería una formación reactiva contra comportamientos opuestos que son ser desequilibrada, desordenada, mala.

Paciente A, estilo lírico

El estilo lírico corresponde a la defensa propia de la fase sádico oral secundaria (canibalística). En esta fase el sujeto gracias a la posibilidad de destruir el objeto (comida) mediante la masticación, se siente culpable por el supuesto daño causado a este objeto además de extrañarlo. El alimento es identificado con la madre. Apetito y devoración corresponden al deseo oral canibalístico con una elaboración compatible con el sentimiento de no ser querido, por su deseo de destruir y devorar lo que más le gusta al sujeto.

Esto puede observarse en el discurso de A cuando ella cuenta su sueño. El relato corresponde a la elaboración secundaria de un sueño en que cuenta un episodio en el cual pierde un diente por no haberlo cuidado....*Tuve un sueño, es un sueño sobre el diente sacado, así lo llamé. En el sueño me veo a mí misma. Estoy sentada de cuclillas, no se entiende dónde, simplemente sentada. Sabés, es como pasa a veces que estás sentada en una estación, no hacés nada, no pensás en nada, en la cabeza hay un vacío. De repente alguien que está parado al lado o está pasando, me parece que era un hombre, y así como de arriba con un tono paternal dice: “ahora se te va a caer un diente”. Yo, aterrorizada, agarro el diente de abajo y en seguida lo tengo en mis manos. Entro en pánico, cómo no me di cuenta, alguien pudo ver que mi diente está en mal estado y yo no. También me puso mal el hecho de perder un diente. No sé qué es lo que peor me puso. Me quedó un sentimiento muy desagradable de todo eso, como si*

algo o alguien me hubiera agarrado desprevenida. Se acercó alguien, me lo dijo y el diente se cayó contra mi voluntad. Como una trampa. Pasó algo que se podía prevenir si yo hubiera estado cuidando mi diente, o sea, los otros pudieron ver y yo no y llevé esta situación a un extremo, y ahí termina el sueño. (Anexo 2)

El nivel secundario de esta fase difiere del primero en que el niño cambia su actividad de succión por otra de morder. El morder representa la forma original que asumen los impulsos sádicos. Indudablemente, los dientes son los primeros instrumentos con los que el niño puede dañar al mundo exterior. Pues ya son eficaces en una época en que las manos pueden a lo sumo auxiliar la actividad de aquellos asiendo y reteniendo al objeto. En los niños de edad temprana los músculos más poderosos son los de las mandíbulas. Y, además, los dientes son los únicos órganos suficientemente duros como para herir los objetos circundantes.

En la etapa del morder de la fase oral, el individuo incorpora al objeto, y así lo destruye. En los niños se puede observar que el impulso a morder es muy intenso, un impulso en el que todavía cooperan el instinto de nutrición y la libido. Ésta es la etapa en la que predominan los impulsos canibalísticos. Tan pronto como el niño se siente atraído por un objeto, es probable, e inclusive inevitable, que intente su destrucción. Es en esta etapa cuando la actitud ambivalente hacia su objeto comienza a desarrollarse. Por lo tanto, en el desarrollo libidinal del niño la segunda etapa de la fase oral-sádica señala el comienzo de su conflicto ambivalente; mientras que la primera (succión) debe ser considerada todavía como preambivalente. (Abraham, 1980, p. 343-344)

En el discurso de A se pueden discriminar las manifestaciones de la vivencia de ser querida o no ser querida. Esto se observa cuando ella dice...*siento una terrible falta de amor por mí misma (Anexo 2).*

Lo mismo se ve en el relato del sueño donde ella se siente culpable por no haber cuidado su diente y por eso no merece amor, no es querida (equivalente de desaprobación del examen)... *Como una trampa. Pasó algo que se podía prevenir si yo hubiera estado cuidando mi diente, o sea, los otros pudieron ver y yo no y llevé esta situación a un extremo, y ahí termina el sueño. [...] Ahora sigo teniendo un sentimiento desagradable que me quedó de este sueño. Pienso que esto tiene que ver de alguna forma con mi estado y mis preocupaciones. Con desaprobación del examen. Pensé que iba a escribir este*

trabajo, iba a rendirlo y que iba a estar todo bien, pero como que se dio todo de forma inesperada para mí, como en el sueño: vino alguien, dijo que algo estaba mal y desaprobé (Anexo 2)

La paciente no puede sentirse perdonada por no haber cuidado su diente – significa no ser aprobada en el examen. Es otra de las vivencias que se manifiestan en su discurso: ser perdonada o no ser perdonada. El relato corresponde a la elaboración secundaria de un sueño en que cuenta un episodio en el cual pierde un diente por no haberlo cuidado. Relata la observación de una tercera persona que la observa y le hace reproches de los cuales se siente culpable con la vivencia de no merecer perdón (Lieberman, 1975).

La vivencia de no ser perdonada significa inconscientemente para la paciente merecer castigo. ... *Estoy pensando todo el tiempo sobre esto, no me deja estar en paz. Estoy como poseída por esa idea de que hay que rendir el examen, si no lo hago estaría mal. Trato de encontrar una solución y no puedo. Tengo la sensación de que no voy a poder y estoy dudando todo el tiempo: Si tiene sentido poner tanto esfuerzo en escribir ese trabajo y que después resulte al pedo. Al mismo tiempo no puedo dejar esa idea de rendirlo (Anexo 2).*

En términos psicoanalíticos los sentimientos de culpabilidad y de ser o no ser querido, manifestados en el discurso de la paciente se corresponden con la fase sádico-oral secundaria del desarrollo evolutivo según Abraham (1924):

El nivel secundario de esta fase difiere del primero en que el niño cambia su actividad de succión por otra de morder. El morder representa la forma original que asumen los impulsos sádicos. Indudablemente, los dientes son los primeros instrumentos con los que el niño puede dañar al mundo exterior. Pues ya son eficaces en una época en que las manos pueden a lo sumo auxiliar la actividad de aquellos asiendo y reteniendo al objeto. No hay duda de que en los niños más pequeños, los músculos más poderosos son los de las mandíbulas. Y, además, los dientes son los únicos órganos suficientemente duros como para herir los objetos circundantes. (p. 343)

Esta fase se caracteriza por el comienzo de la dentición. La masticación y la destrucción de la integridad del alimento para ser adecuadamente digerido es vivido como la devoración del objeto. Este acto se acompaña de placer. La desaparición del alimento es sentida como destrucción y desaparición del objeto querido. El bebé se

siente responsable por esta pérdida ya que en su fantasía lo hizo desaparecer usando sus dientes (devoración del objeto, atentado canibalístico al objeto). La zona erógena predominante en esta fase es la boca, zona oral.

Paciente S: estilo reflexivo que busca incógnitas y no crea suspenso.

La paciente S habla de un modo totalmente reflexivo. Su lenguaje es muy abstracto y termina la primera frase generando una incógnita mediante la utilización de la expresión *...tan mal se me lleva*, que el analista tuvo que preguntar qué significaba... A: *Qué significa “se me lleva”?* (Anexo 3).

En varios de sus trabajos Liberman (1976, 1983) denomina a los pacientes que presentan este estilo como observadores no participantes, porque son personas que tienen como mutilada su capacidad de sentirse incluidos en la relación con los demás. Oscilan entre la idea de observar sin participar o ser observados e incluidos en la relación. Lo que tratan siempre de evitar es la segunda alternativa. *...Cualquier contacto, hasta deseado dentro tuyo, al final se transforma en una cosa pesada y fastidiosa, con la sensación de un impasse vital. Sobre todo con mi marido, no puedo estar al lado de él, aunque hace poco no era así. Este estado me asusta porque es totalmente incontrolable al respecto de expresión de las emociones* (Anexo 3).

En el párrafo en que S narra la escena en el baño con su marido se muestra claramente como una observadora que mira a través de un espejo, sin participar de la relación directa con el marido... *estamos con mi marido en el baño cepillando los dientes y yo en algún momento lo miro al espejo y me doy cuenta que siento un rechazo gigante, que esta persona no me gusta, hasta me provoca una repugnancia física.* (Anexo 3)

En el discurso de la paciente se puede discriminar abundantes elementos abstractos: *...Ése es el tema, que no es tan fácil decodificarlo este concepto...de depersonalización...es un nivel cósmico de incomodidad...un conflicto terrible de incorrespondencia de una sensación previa, de una intención y de algo que sucede en el desarrollo del proceso y en el resto del sabor que te queda después de todo esto...es como si quisieras vivir una vida pero no podés entrar en ella... porque como resultado tenés un efecto emocional totalmente distinto*”. En los datos obtenidos casi no hay mención de estados afectivos definidos, es como si la paciente estuviese privada de

sentimientos o que éstos están reemplazados por ideas abstractas. [...] *la imagen mía externa quedaba más o menos aceptable, y ahora parece que esto no existe más.* (Anexo 3)

Este fragmento de sesión nos muestra el alto grado de generalidad de las emisiones (Lieberman, 1976, p.45), los acontecimientos vitales se transforman en incógnitas abstractas que se plantea la paciente.

En términos psicoanalíticos en el discurso aparecen elementos propios de la etapa oral primaria según Abraham (1924):

En el nivel primario de esa fase la libido infantil está ligada al acto de succionar. Este acto es uno de incorporación pero incorporación que no pone fin a la existencia del objeto. El niño todavía no puede distinguir entre su propio yo y el objeto externo. Ego y objeto son conceptos incompatibles con ese nivel del desarrollo. Todavía no se ha hecho ninguna diferenciación entre el niño que mama y la madre que amamanta. Además, el niño no tiene todavía sentimientos de odio y amor. Por consiguiente, su estado mental en esta fase está libre de toda manifestación de ambivalencia. (p. 343)

En esta etapa la zona predominante es la boca. Siciar el hambre corresponde a un sentimiento de placer y alivio que se acompaña con la idea de incorporar el alimento (vivido como objeto) sin destruirlo, a través del acto de tragar. El incorporar el objeto, tenerlo adentro significa inconscientemente unión con el último. La indefensión del sujeto recién nacido hace que atribuya una importancia exagerada al alimento y a la fuente del alimento (pecho, madre).

La defensa central que se puede detectar en el discurso es la desestimación del afecto que consiste en no manifestar en los mensajes verbales los sentimientos que muchas veces aparecen mencionados y descriptos sin repercusión afectiva durante la emisión del mensaje (no reconoce el afecto como existente en el momento en que se habla). *...Ése es el tema, que no es tan fácil decodificarlo este concepto...de despersonalización...es un nivel cósmico de incomodidad...un conflicto terrible de incorrespondencia de una sensación previa, de una intención y de algo que sucede en el desarrollo del proceso y en el resto del sabor que te queda después de todo esto...es como si quisieras vivir una vida pero no podés entrar en ella... porque como resultado tenés un efecto emocional totalmente distinto* (Anexo 3).

La fase del desarrollo evolutivo que se corresponde con el estilo reflexivo es la fase oral primaria (preambivalente). En esta fase al bebé no le es posible todavía discriminar claramente los sentimientos.

La defensa principal que usan los pacientes de estilo reflexivo y que se puede observar en el discurso de S es la desestimación del afecto, desconsideración de su existencia que tiene como objetivo evitar la angustia.

6. CONCLUSIONES

Cuando Freud intentó investigar sexualidad, centró buena parte de su atención en las expresiones discursivas de la vida cotidiana y de la clínica. Estas expresiones discursivas de la vida constituyen la parte del psiquismo que Freud denominó preconscious. El preconscious tiene diferentes funciones en el yo, entre las cuales dos son básicas: hacer conscientes los procesos endopsíquicos (inconsciente), en particular aquellos que derivan de las exigencias pulsionales, y comunicarse con los demás, los semejantes. Así el preconscious articula el inconsciente con los elementos conscientes, consensuales del lenguaje. En los fragmentos de sesiones, como fragmentos de discurso concreto, se puede observar cómo se enlazan las tendencias inconscientes (teóricas) con los símbolos del lenguaje (palabras, frases, relatos). El preconscious es el nexo de su constitución y estructura con las expresiones concretas interpersonales del discurso (sistema consciente). Lo que se refleja en las ideas de Liberman es la vinculación de los elementos de existencia puramente teórica (inconsciente, como un elemento de alto nivel de abstracción) con el discurso concreto (nivel directamente observable). Dicho autor usa una gramática, o sea un elemento lingüístico (conjunto de reglas definidas para estudiar el lenguaje) como principio externo (principio puente) para articular la producción comunicativa del paciente con los principios teóricos del psicoanálisis.

De acuerdo con el primer objetivo los fragmentos de sesión analítica puestos en el trabajo (elementos observables del discurso del paciente) están transcritos y discriminados, con palabras, frases y relatos en conformidad con lo planteado.

El segundo objetivo específico consiste en identificar en los elementos observables del discurso del paciente los distintos estilos de comunicación según Liberman. En el trabajo se pudo identificar los estilos: lírico, narrativo y reflexivo.

Y el tercer objetivo se cumplió a través de la vinculación de los estilos de comunicación identificados en el discurso del paciente con los conceptos teóricos psicoanalíticos de erogeneidad, defensa y fases del desarrollo evolutivo.

El trabajo mostró una dimensión novedosa que consiste en objetivizar parte de un material que normalmente se mantiene bajo una exclusividad subjetiva: la forma de mantener el discurso dentro de las sesiones queda fuera de las posibilidades de

someterla a una investigación. A través del estudio de la forma del discurso se establecen relaciones con los contenidos psíquicos.

Una de las limitaciones del trabajo es que se trata de una pequeña muestra sólo a los fines de ilustrar teorías que requieren un trabajo estadístico importante. El material fue recolectado en el marco de los grupos pequeños de supervisiones en las instituciones nombradas y no a través del acceso a las considerables cantidades de las historias clínicas requeridas para una investigación en profundidad. Sería muy difícil conseguir una documentación abundante y poder procesarla en los márgenes de este trabajo ya que para un estudio riguroso se necesitan muestras con discursos escritos de sesiones analíticas de tratamientos enteros.

Para que un estudio sea factible es necesaria una capacidad instalada con cierta sofisticación: programas de investigación que requieren inversión de recursos tales como constitución de grupos de pacientes que participen del programa, acompañamiento legal dentro del equipo, infraestructura tecnológica (desgrabaciones, etc), el equipo encargado de estudiar e interpretar el material.

Las instituciones tienen poca capacidad para realizar ese tipo de trabajo en función de poco interés en la investigación por falta de estímulos financieros.

Este trabajo es una muestra del valor de los aportes de D. Liberman al conocimiento. Queda demostrado cómo puede quedar instituido un “modelo abierto de psicoanálisis” (Issaharoff y Winograd, 2011) en el cual la disciplina puede ser sometida a una discusión crítica de un conjunto de teorías sobre el funcionamiento psíquico.

El aporte personal al trabajo fue buscar en el material de pacientes que se aportó en las pasantías las muestras de los estilos de comunicación formulados de David Liberman. Es un trabajo que se encuentra casi abandonado por los psicoanalistas en su labor clínica en las últimas décadas. Este tipo de investigación quedó restringido a pequeños grupos de trabajo que se realizan solo en Buenos Aires.

De ahí surge el interés por la revalorización de un conocimiento y un procedimiento muy valiosos para la clínica psicoanalítica que no debería perderse.

Las limitaciones de esta investigación están relacionadas con las muestras poco numerosas en cuanto variedad de estilos. Hecho que dificulta un estudio estadístico más preciso y abarcativo que puedan corroborar más fehacientemente las ideas de Liberman.

Estas consideraciones abren el camino para una futura investigación con acopio más abundante de material clínico que funcionaría como instrumento de evaluación de los deseos y las defensas en el discurso aplicado no sólo a la psicoterapia sino como

aportación a los diferentes instrumentos de evaluación psicológica, análisis comparativo de discursos, notas periodísticas y hasta los estudios de psicoeconomía.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abraham, K. (1924/1945) Breve estudio del desarrollo de la libido a la luz de los trastornos mentales, *Revista de Psicoanálisis*, II, 2, p.36 -48.

Abraham, K. (1980) *Psicoanálisis clínico*. Buenos Aires: Ediciones Hormé.

Etchegoyen, R.H. (2002) *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica*. Buenos Aires: Amorrortu.

Fenichel, O. (1974) *Teoría psicoanalítica de las neurosis. Obras completas*, Buenos Aires: Paidós.

Freud, S. (1901/2003) *Psicopatología de la vida cotidiana. Obras Completas*, Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1905/2003) *Tres ensayos de teoría sexual. Obras Completas*, Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1915/2003) *Lo inconsciente. Obras completas*, Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1915/2003) *Pulsiones y destinos de pulsión. Obras Completas*, Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1916/2003) *Conferencias de introducción al psicoanálisis. Obras completas*, Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1923/2003) *Yo y el ello, El. Obras Completas*, Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1926/2003) *Inhibición, síntoma y angustia. Obras Completas*, Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1933/2003) *Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis*. Buenos Aires: Amorrortu.

Greenson, R.R. (1976) *Técnica y práctica del psicoanálisis*. México: Siglo Veintiuno Editores.

Hempel, C.G. (1979a) *La explicación científica*. Buenos Aires: Paidós.

Hempel, C.G. (1979b) *Filosofía de la Ciencia Natural*. Madrid: Alianza.

Issaharoff E. y Winograd, B. (2011) *Acerca de los aportes de David Liberman al psicoanálisis*. Buenos Aires: Ediciones Biebel.

Klimovsky, G. (1986) *Aspectos epistemológicos de la interpretación psicoanalítica. Los fundamentos de la técnica psicoanalítica*, Buenos Aires: Amorrortu.

Liberman, D. (1976) *Comunicación y Psicoanálisis*. Buenos Aires: Alex Editor.

Lieberman, D. (1978) El diálogo psicoanalítico y la complementariedad estilística entre analizando y analista”, *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, vol.58.

Lieberman, D. (1983) *Lingüística, interacción comunicativa y proceso psicoanalítico*. Buenos Aires: Ediciones Kargieman.

Maldavsky, D. (1991) *Procesos y estructuras vinculares. Mecanismos, erogeneidad y lógicas*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.

Maldavsky, D. (2001) *Investigaciones en procesos psicoanalíticos. Teoría y método: secuencias narrativas*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.

Maldavsky, D. (2004) *La investigación psicoanalítica del lenguaje*. Buenos Aires: Lugar.

Maldavsky, D. (2013) *ADL Algoritmo David Lieberman: un instrumento para la evaluación de los deseos y las defensas en el discurso*. Buenos Aires: Paidós.

Menninger, K.A.; Holzman, P.S. (1979) *Teoria da Técnica Psicanalítica*. Rio de Janeiro: Zahar Editores.

Mom, J. (1956) Algunas consideraciones sobre el concepto de distancia en las fobias. *Revista de Psicoanálisis*.

Paz, J. R. (1973) *Psicopatología. Sus fundamentos dinámicos*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.

Popper, K.R. (1985) *La lógica de la investigación científica*. Madrid: Editorial Tecnos.

Rosen, V. H. (1967) Disorders of communication in psycho-analysis”, *Journal of the American Psychoanalytic Association*.

Valls, J.L. (1995) *Diccionario Freudiano*. Julian Yebenes, S.A.

Zac, J. (1973) *Psicopatía*. Buenos Aires: Kargiema

